

GGD Fryslân



Advies over het gemeentelijk gezondheidsbeleid in de gemeente Harlingen

24 september 2008

1. Visie op gezondheid

De gemeenten hebben van oudsher een belangrijke taak op het terrein van de volksgezondheid. Zij hebben de taak de gezondheid van hun inwoners te beschermen, te bewaken en te bevorderen en hebben direct invloed op de leefomgeving van haar bewoners. Het doel van lokaal beleid is om een gezonde fysieke en sociale omgeving voor burgers te creëren en een gezonde leefstijl te stimuleren. Er is veel gezondheidswinst te boeken door goed gemeentelijk gezondheidsbeleid, door het verminderen van gezondheidsverschillen en door ervoor te zorgen dat de inwoners meer jaren in goede gezondheid leven. Goed gezondheidsbeleid betreft de uitvoering van beleid deels gericht op landelijke problemen en deels gericht op lokale problemen en het uitvoeren van integraal gezondheidsbeleid. Tevens moeten de gemeenten er op toezien dat gezondheidsaspecten bij de besluitvorming op tal van andere beleidsterreinen worden meegenomen. Ook hebben gemeenten een belangrijke taak bij het bevorderen van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen.

Een visie is nodig om richting te kunnen geven aan het beleid.

In de eerste nota gemeentelijk gezondheidsbeleid van de gemeente Harlingen is de volgende visie geformuleerd:

“Een goede gezondheid is belangrijk voor het welbevinden van de inwoners van de gemeente. In eerste instantie is het hebben en behouden van een goede gezondheid een taak van de inwoners zelf. De gemeente dient haar beperking hierin te onderkennen. Uiteraard kan de gemeente wel voorwaardenscheppend te werk gaan om voor een zo groot mogelijk aantal inwoners de kans op een goede gezondheid te bevorderen.

Binnen dit gegeven dient het gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht te zijn op behoud en (indien mogelijk) verbetering van de gezondheid van de inwoners van de gemeente Harlingen.

Door verschillen in de sociaal-economische status hebben niet alle inwoners gelijke kansen op een goede gezondheid. Waar mogelijk dienen activiteiten ontplooid en/of gestimuleerd te worden die kunnen bijdragen aan het verminderen van gezondheidsverschillen tussen de verschillende bevolkingsgroepen in de gemeente. “

Voortschrijdend inzicht maakt duidelijk dat gezond gedrag niet op zichzelf staat maar een sterke samenhang vertoont met de sociale en fysieke omgeving waar mensen geboren worden, opgroeien en leven. Onze samenleving nodigt steeds meer uit tot ongezonde keuzes. De overheid kan helpen door de gezonde keuze de gemakkelijke en vanzelfsprekende keuze te maken.

Allerlei pogingen om de verschillen in gezondheid tussen de verschillende inwoners te verkleinen, zijn tot nu toe niet gelukt. De gezondheid van mensen met een lage sociaal-economische status is op alle fronten slechter dan die van andere burgers: ze gaan eerder dood, leven langer in ongezonde levensjaren, ervaren hun gezondheid als minder goed, hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. De leefgewoonten van deze groepen zijn ook slechter dan die van andere burgers: meer onverantwoord alcoholgebruik, meer roken, voldoen vaker niet aan de voedingsnorm en meer overgewicht.

In de tweede nota gezondheidsbeleid kiest de gemeente Harlingen voor de volgende hoofddoelstellingen voor het gezondheidsbeleid :

1. het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen de inwoners
2. het bijdragen aan de verlenging van de gezonde levensverwachting waarin de kwaliteit van leven goed is en de ervaren gezondheid positief

In hoofdstuk 4 worden deze hoofddoelstellingen uitgewerkt.

2. Actuele ontwikkelingen

Gemeentelijk gezondheidsbeleid is geen op zichzelf staand beleid. Het wordt beïnvloed door landelijk en provinciaal beleid. Daarnaast is ook het gemeentelijk beleid op andere terreinen van invloed op het gezondheidsbeleid en heeft gezondheidsbeleid ook invloed op andere beleidsterreinen. Een voorbeeld is het WMO-beleid dat veel raakvlakken heeft met het gezondheidsbeleid: bevordering van de gezondheid is een basisvoorwaarde voor maatschappelijke participatie. Als voorbeeld van de mogelijke bijdrage van het gezondheidsbeleid: het bestrijden van overgewicht kan voorkomen dat mensen chronische aandoeningen, functiebeperkingen en mobiliteitsbeperkingen ontwikkelen; het hebben van deze beperkingen bemoeilijkt participatie in de samenleving.

Gezondheid benaderen van een breder perspectief is kenmerkend voor het begrip integraal gezondheidsbeleid. De praktijk kent vele voorbeelden van gezondheidswinst die is opgetreden door beleid op andere beleidsterreinen, zoals de in het verleden gerealiseerde voorzieningen voor schoon water en riolering, goede behuizing en bescherming van werknemers. Ook recentere voorbeelden zijn ruimschoots voorhanden waarbij gezondheidswinst is behaald door een effectief preventiebeleid als 'stoppen met roken' campagnes gecombineerd met maatregelen op het gebied van rookvrije openbare ruimtes, de rookvrije werkplek, het reclameverbod en het heffen van accijns.

Integraal gemeentelijk gezondheidsbeleid is in feite het resultaat van een gericht en doelbewust afstemming- en samenwerkingsproces tussen alle beleidssectoren (ruimtelijke ordening, bouwen en wonen, beheer openbare ruimte, milieu, veiligheid, sociale zaken, onderwijs, enz.)

I. Landelijke kaders

Het ministerie van VWS en het programmaministerie voor Jeugd en Gezin hebben voor de openbare gezondheidszorg diverse prioriteiten benoemd voor de komende jaren; over de nadere invulling van deze prioriteiten hebben het rijk en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten overeenstemming bereikt in het Bestuursakkoord van 4 juni 2007.

De volgende ontwikkelingen c.q. prioriteiten zijn voor de openbare gezondheidszorg van belang:

1. Van Wcpv naar Wet Publieke Gezondheid

De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) is de belangrijkste wettelijke basis van de openbare gezondheidszorg. Op basis van de Wcpv zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de volksgezondheid in hun gemeente. Ze hebben de taak de gezondheid van de inwoners te beschermen en te bevorderen alsmede ziekten te voorkomen en vroegtijdig op te sporen. De Wcpv onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Tevens geeft deze wet gemeenten de plicht een GGD in stand te houden voor de uitvoering van het merendeel van de in de wet genoemde taken.

De taken op het terrein van de **collectieve preventie** omvatten:

- het ontwikkelen en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid
- verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;
- afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg;
- bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- gezondheidsbevordering;
- medisch milieukundige zorg
- bevolkingsonderzoeken;
- bevorderen van medisch-technische hygiënezorg;
- bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg¹.

Op het terrein van **infectieziektebestrijding** zijn de taken:

- algemene infectiebestrijding;
- bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals aids, chlamydia etc.;

¹ Deze taak is per 1 januari 2007 overgeheveld van de Wcpv naar de Wmo.

- tuberculosebestrijding;
- bron- en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten;
- outbreakmanagement;
- beantwoorden van vragen uit de bevolking;
- geven van voorlichting en begeleiding.

De taken op het terrein van **jeugdgezondheidszorg**:

- verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende- en bedreigende factoren;
- ramen van de behoefte aan zorg;
- vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;
- geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;
- Maatwerk jeugdgezondheidszorg (zoals opvoedingsondersteuning en logopedie).

In 2008 zal de Wcpv samen met de Infectieziektewet en de Quarantainewet worden geïntegreerd in de nieuwe Wet Publieke Gezondheid. Om te voldoen aan de nieuwe internationale gezondheidsregeling van de Wereldgezondheidsorganisatie worden het aantal infectieziekten waarvoor een meldingsplicht geldt en het aantal maatregelen op het gebied van preventie en bestrijding van infectieziekten uitgebreid. Ook de gevolgen van de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning per 1 januari 2007 worden in deze nieuwe wet verwerkt.

Voor de zomer van 2008 is de Wet publieke gezondheid met algemene stemmen door de Tweede Kamer aangenomen. Daarbij is een amendement-Kant aangenomen dat de gemeenten opdraagt publieke gezondheidszorg voor ouderen aan te bieden. Tevens is een motie-Arib aangenomen waarin de regering wordt gevraagd met een notitie te komen over preventieve gezondheidszorg voor allochtonen. De Eerste Kamer heeft onlangs niet met het wetsvoorstel ingestemd. Dit betekent dat het voorstel over het zomerreces wordt heen getild. Met name de verplichte digitalisering van de JGZ leidt tot discussie.

2. Centralisatietendens in de openbare gezondheidszorg

De rijksoverheid geeft steeds vaker sturing aan het brede terrein van de openbare gezondheidszorg. Het Rijksinstituut voor Volkgezondheid en Milieu (RIVM) wordt door het ministerie van VWS ingezet als opdrachtgever aan de GGD'en.

Bij het RIVM zijn onder andere een Centrum voor Infectieziektebestrijding, een Centrum Gezondheid en Milieu en een Centrum voor Gezond Leven opgericht.

Deze Centra ontwikkelen met name op het gebied van infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering/preventie uniforme protocollen en landelijke richtlijnen. Het is dan aan de GGD'en om deze richtlijnen uit te voeren.

Daarnaast geeft de rijksoverheid ook sturing aan gemeenten en GGD'en via:

- de Inspectie Gezondheidszorg: de Inspectie heeft voor GGD'en een basisset van 20 indicatoren ontwikkeld voor het toezicht op de openbare gezondheidszorg; met ingang van 2008 gaat de Inspectie het toezicht op basis van deze indicatoren uitvoeren. Voor het toezicht op gemeenten is de inspectie nu bezig, in samenwerking met de VNG en GGD-Nederland, met het ontwikkelen voor prestatie-indicatoren voor gemeenten. De invoering is gepland voor 2009;
- de Kwaliteitswet Zorginstellingen: alle GGD'en vallen onder de werkingssfeer van deze wet en dienen verplicht HKZ-certificaten te behalen voor onder andere jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, medische milieukunde, epidemiologie, beleidsadvisering, gezondheidsbevordering, etc.

3. Jeugd en gezin staan centraal

Elk kind verdient de kans op een goede opvoedings- en opgroeisituatie. Het grootste deel van de Nederlandse jeugd groeit gelukkig op in het eigen gezin.

Het kabinet wil voorkomen dat het aantal jeugdigen met problemen toeneemt.

Jeugdgezondheidszorg is de spil in de te vormen Centra voor Jeugd en Gezin

- Kabinet en gemeenten hebben de ambitie om tot een landelijk dekkend netwerk van CJG's te komen. De CJG's moeten ouders en kinderen een laagdrempelige ondersteuning bieden bij het opgroeien, opvoeden en verzorgen. Het CJG brengt diverse instanties en functies samen die nu nog te veel langs elkaar heen werken. Doel van deze centra is te komen tot een integraal plan van aanpak, volgens het credo "Eén gezin, één plan".
- Het kabinet ontwikkelt een basismodel voor het CJG dat te zijner tijd wettelijk zal worden verankerd; de jeugdgezondheidszorg 0 – 19 jaar vervult de spilfunctie in het basismodel Centra voor Jeugd en Gezin.
- Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin treedt eind 2007 in gesprek met diverse partijen over de relatie tussen de vorming van Centra voor Jeugd en Gezin en de totstandkoming van de integrale Jeugdgezondheidszorg.
- Het kabinet dringt er bij de gemeenten op aan dat zij samen met het onderwijs er voor zorgen dat er in 2011 overal in Nederland voor kinderen van alle schoolgaande leeftijden een Zorg- en Adviesteam (ZAT's) is. In een ZAT werken professionals uit verschillende domeinen structureel samen, zoals leerlingbegeleiding, (school)maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, leerplicht en politie. Het spreekt wat het kabinet betreft vanzelf dat ZAT's en CJG's met elkaar samenwerken.

Tijdig signaleren van risico's

- Coördinatie van zorg moet voorkomen dat jeugdigen tussen wal en schip vallen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (rapport "meisje Gessica") adviseert om zorgcoördinatie te laten uitvoeren binnen de Centra voor Jeugd en Gezin (Jeugdgezondheidszorg) en door Bureau Jeugdzorg. De Inspectie gaat nadere eisen stellen aan deze zorgcoördinatie
- Het tijdig signaleren van risico's en problemen (waaronder kindermishandeling) is van groot belang voor het welzijn en de zorg voor kinderen. Daarom ontwikkelt het kabinet 2 ICT-systemen welke helpen om een goede ondersteuning van kinderen en gezinnen mogelijk te maken.
- Vanaf 1 januari 2009 werkt de JGZ met een Elektronisch Kinddossier (EKD). Het EKD vervangt de huidige papieren dossiers in de jeugdgezondheidszorg. Gelet op het advies om tot één uitvoeringsorganisatie voor de JGZ te komen, wordt de aanschaf en de inrichting van het systeem, als ook de invoering in regionaal verband opgepakt. Hierbij wordt in 2008 door de GGD en de drie thuiszorginstellingen nauw samengewerkt en gestart met de implementatie teneinde in 2009 met het EKD te werken. Uit onderzoek van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin blijkt dat het werken met het EKD meer formatie vraagt. Voor de financiering wordt extra geld toegevoegd aan het gemeentefonds.
- In 2009 is de Verwijsindex voor Risicjongeren (VIR) beschikbaar. De verwijsindex brengt instellingen uit de sectoren (jeugd)zorg, onderwijs, werk en inkomen en justitie, die risico's bij jongeren selecteren, bij elkaar. Vanuit het EKD worden op termijn signalen over (risico)jongeren aan de Verwijsindex afgegeven.

Gezonde leefstijl / jeugd en preventie

- De Nederlandse jeugd drinkt te veel en op te jonge leeftijd. Het aantal alcoholvergiftigingen onder kinderen neemt verontrustend toe. Jongeren eten te veel en ongezond. Ook het drugsgebruik onder jongeren brengt grote risico's met zich mee. Gezond opgroeien is van belang om actief deel te kunnen nemen aan de samenleving. Het kabinet wil een krachtig preventiebeleid gaan voeren. De basis voor het voeren van een krachtig ontmoedigingsbeleid ligt in het informeren van jongeren en hun ouders over de risico's van genotmiddelen onder meer door middel van specifiek op jongeren gerichte campagnes. De bestaande preventie moet worden

vernieuwd. Opvoedingsondersteuning is een belangrijke factor bij het bevorderen van een gezonde leefstijl

- Het kabinet ontwikkelt hiertoe in 2008 een nota over jeugd en preventie.

4. Versterking infectieziektebestrijding en Medische Milieukunde staan centraal

Preparatie op (grootschalige) gezondheidsbedreigingen

Het kabinet bevordert de veiligheid van burgers door infectieziektebestrijding onverminderd als speerpunt van beleid te hanteren. Het gaat hierbij om drie clusters:

- De voorbereiding op grote epidemieën is de afgelopen jaren verbeterd in Nederland maar blijft, vanwege het grote belang voor de publieke gezondheid, de aandacht vragen van het Rijk en de GGD'en.
- Naast deze grootschalige uitbraken of dreigingen als een griep пандemie dient eveneens krachtig te worden opgetreden tegen de jaarlijkse toename van "gewone infectieziekten" (tuberculose, ziekte van Lyme etc.) en de SOA's (sexueel overdraagbare aandoeningen). Het ministerie van VWS stelt extra financiële middelen beschikbaar voor de seksualiteitshulpverlening (jongeren tot en met 24 jaar kunnen bij de GGD terecht met vragen over anticonceptie, soa, seksualiteit in het algemeen en seksueel geweld).

Formatierichtlijnen voor infectieziektebestrijding en medische milieukunde

In opdracht van het ministerie van VWS hebben de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en GGD Nederland twee landelijke versterkingsprojecten uitgevoerd, namelijk:

- Het project "Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding"
- Het project "Versterking Medisch Milieukundige Zorg"

Bij beide projecten zijn modeltakenpakketten en formatierichtlijnen geformuleerd en landelijk onderschreven. Conclusie van beide projecten is dat de formatieve bezetting van veel GGD'en in Nederland tekort schiet daar waar het gaat om de – grootschalige - infectieziektebestrijding en de medisch milieukundige zorg (waaronder de gezondheidsadvisering bij grootschalige milieu-incidenten).

5. Bevorderen van een gezonde leefstijl / de omgeving van de burger gezonder maken

De gezondheid in Nederland is niet zoals die zou kunnen zijn. De cijfers spreken duidelijke taal. Nederland blijft achter bij andere landen en de verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen blijven onveranderd groot.

Preventienota "Kiezen voor Gezond Leven"

In 2006 bracht het kabinet de nota "Kiezen voor Gezond Leven" uit, als onderdeel van de wettelijke preventiecyclus in de Wcpv. Deze nota richtte zich vooral op gezondheidsbevordering. Op basis van een gedegen analyse van de problemen zijn de volgende speerpunten vastgesteld: roken, problematisch alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie.

Kabinetsvisie op gezondheid en preventie

In september 2007 bracht het kabinet de nota "Gezond zijn, gezond blijven, een visie op preventie" uit. Met de bijbehorende kaderbrief 2007 – 2011 zet het kabinet de agenda voor het gezondheidsbeleid voor de komende jaren uit.

Het kabinet vindt het huidige gezondheidsbeleid en de uitvoering daarvan te vrijblijvend en te versnipperd. Bovendien levert het niet genoeg gezondheidswinst op: Nederland loopt in vergelijking met andere Europese landen achter. Vooral de jeugd maakt een slechte start door ongezond te leven. Daarnaast neemt het aantal chronische zieken fors toe.

Volgens het kabinet is meer samenhang in het gezondheidsbeleid nodig. Zo moet er in de zorg meer aan preventie worden gedaan. En de infrastructuur van publieke gezondheid (GGD'en, eerstelijnsgezondheidszorg) kan steviger zodat lokale partijen beter samenwerken. Het kabinet doet ook een beroep op gemeenten, bedrijfsleven, scholen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders om hun bijdrage te leveren en intensiever te gaan

samenwerken. Zij hebben vanuit hun eigen invalshoeken belang bij vitale burgers, bij gezonde werknemers die minder verzuimen en productief zijn, bij fitte leerlingen, bij gezonde verzekerden en dito patiënten.

Het gaat bij de samenwerking bijvoorbeeld om de verbinding te zoeken op lokaal niveau waarbij bestaand aanbod in samenhang effectiever wordt, zoals scholen die er belang bij hebben dat hun leerlingen niet ondermaats gaan presteren vanwege overmatig alcoholgebruik.

Een gezondere omgeving voor de burger

Het ministerie van VWS wil samen met andere ministeries gezond leven stimuleren en de omgeving van de burger gezonder maken. Dit betekent onder andere dat de horeca en sportkantines wettelijk rookvrij zijn per 1 juli 2008, de Drank- en Horecawet wordt aangescherpt (gemeenten krijgen de mogelijkheid om de leeftijdsgrens voor de verkoop van alcohol aan jongeren te verhogen van 16 naar 18 jaar).

II. Friese kaders

1. Integrale Jeugdgezondheidszorg *Evaluatie Convenant integrale JGZ*

In opdracht van de Vereniging van Friese Gemeenten en onder verantwoordelijkheid van de “Stuurgroep Integrale JGZ” heeft een evaluatie plaatsgevonden van de stand van zaken van de integrale jeugdgezondheidszorg (evaluatie convenant integrale JGZ Fryslân 2004 – 2007). Naar aanleiding van de evaluatie is op 27 september 2007 besloten om per 1 januari 2009 één uitvoeringsorganisatie JGZ 0 -19 jarigen te realiseren, die door de 31 gemeenten publiek worden aangestuurd en die op lokaal niveau slagvaardig functioneert. Op 14 november is door de betrokken wethouders in Fryslân besloten de colleges van Burgemeester en Wethouders te adviseren deze ene uitvoeringsorganisatie onder te brengen bij de HVD Fryslân.

2. Van “Jong in Fryslân” naar Centra voor Jeugd en Gezin in Fryslân”

De Friese gemeenten en provincie Fryslân hebben een convenant gesloten over “de aansluiting van het lokaal preventief jeugdbeleid van de 31 gemeenten en het jeugdzorgbeleid van de provincie Fryslân”. Jong in Fryslân is het scenario waarmee aan deze aansluiting wordt vormgegeven. Doel is te komen tot een sluitende en effectieve keten van jeugd(zorg)beleid ten behoeve van de Friese jeugd en zijn opvoeders. De convenantperiode duurt tot 1 januari 2009. De (landelijke) ontwikkelingen rond Centra voor Jeugd en gezin sluiten uitstekend aan op Jong in Fryslân. De bovengemeentelijke productgroep JiF is ondergebracht bij de GGD Fryslân. Speerpunten van de productgroep JiF:

- Ondersteunen gemeenten bij planvorming, implementatie en uitvoering van het lokale JiF.
- Versterken van de provinciale/regionale jeugd-keten.
- Ontwikkeling Centrum Jeugd en Gezin

3. Samenwerkingsverband Noord-Nederland

Tendens naar schaalvergroting

Bij infectieziektebestrijding en medische milieukunde is de laatste jaren een tendens zichtbaar, waarbij sprake is van opschaling naar landelijk en bovenregionaal niveau. De schaal van regionale GGD'en schiet tekort om op doelmatige en verantwoorde wijze vorm te kunnen geven aan alle infectieziektetaken. De rijksoverheid heeft de centrale aansturing voor de infectieziektebestrijding vormgegeven via het oprichten van een Centrum Infectieziekten bij het RIVM in 2005. Deze opschaling is gemotiveerd vanuit de noodzaak tot krachtig beleid en strakke regie in geval van (grootschalige, mondiale) calamiteiten en (pan)epidemieën. Willen GGD'en blijven voldoen aan de landelijk centraal aangestuurde infectieziektetaken, dan is bundeling van expertise noodzakelijk.

Noord-Nederlandse samenwerking infectieziektebestrijding

De 3 noordelijke GGD'en werken sinds enkele jaren nauwer samen op het gebied van algemene infectieziektebestrijding:

- o een gezamenlijke tbc-bestrijdingsfunctie (gezamenlijke röntgenapparatuur, een uitleenconstructie voor artsen en verpleegkundigen etc.);
- o SOA-AIDS-bestrijding (het noordelijke SOA-AIDS-centrum);
- o medische milieukunde (gezamenlijk 2^e lijns centrum), en de
- o reizigersvaccinaties (gezamenlijke aanbesteding van vaccins).

De directies van de drie noordelijke GGD'en hebben de intentie uitgesproken om de bestaande samenwerking de komende jaren verder te intensiveren. Hierbij kan gedacht worden aan de ontwikkeling van gezamenlijke kwaliteitshandboeken, de uitbreiding van de TBC-vervangingsregeling naar andere gemeenschappelijke producten etc. Dit kan van belang zijn in geval van grote uitbraken van een infectieziekte waarbij samenwerking onontbeerlijk is.

Noord-Nederlandse samenwerking baarmoederhalskankerscreening

Het ministerie van VWS wil per 1 januari 2010 komen tot een vijftal regionale screeningsorganisaties waarbinnen alle bestaande screeningsinstellingen op het gebied van onder meer borst- en baarmoederhalskanker een plaats krijgen. Waarschijnlijk gaan de drie noordelijke GGD-regio's één screeningsorganisatie vormen. Nieuwe vormen van screening (bijvoorbeeld darm- en prostaatkanker) dienen ook een plaats te krijgen binnen deze nieuwe screeningsorganisatie. Dit betekent naar alle waarschijnlijkheid dat de uitvoerende rol van GGD Fryslân in de baarmoederhalskankerscreening komt te vervallen. Het is bovendien mogelijk dat deze nieuwe screeningsorganisatie zich ook op het terrein van leefstijlpreventie gaat begeven.

4. Masterplan Gezond Leven en Gemeentelijk Gezondheidsbeleid

De 31 Friese gemeenten hebben in 2006 samen met GGD Fryslân en het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie) het Masterplan Gezond Leven opgesteld omdat zij structureel werk willen maken van het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de Friese bevolking.

"Gezond leven" c.q. "het bevorderen van een gezonde leefstijl" vormde een speerpunt in de 1^e nota's gezondheidsbeleid – uit 2003 – van de Friese gemeenten. Gemeenten ontplooiden al de nodige activiteiten, maar ontbeerden een structurele, integrale en samenhangende aanpak.

In het Masterplan Gezond Leven wordt een effectieve aanpak van gezondheidsbevordering door gemeenten bepleit. Deze effectieve aanpak bestaat uit een combinatie van:

- sturen waar dit kan, bijvoorbeeld op het gebied van regelgeving, vergunningen, handhaving;
- benutten van structurele instrumenten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- voortdurend streven naar commitment bij professionals, maatschappelijk middenveld en burgers voor het werken aan een gezonde leefstijl; hierbij is het inzetten van 'evidence based' interventies gewenst, maar dit heeft alleen kans van slagen als uitvoerders en doelgroep zich committeren aan de aanpak; dit vraagt een voortdurende alertheid van de gemeenten;
- actieve regie van de gemeente op de speerpunten.

Duidelijk is in ieder geval dat voorlichting alleen niet genoeg is, maar dat ook de regelgeving en leefomgeving moeten uitnodigen tot gezond leven, of de ongezonde keuzes moeten ontmoedigen.

Als speerpunten/thema's is gekozen voor Opvoeding, Weerbaarheid jeugd, Roken, Schadelijk alcoholgebruik, Beweging, voeding (overgewicht), Veilig vrijen.

Het Masterplan Gezond Leven is op 26 april 2007 besproken in de Adviescommissie Openbare Gezondheidszorg. De Adviescommissie heeft positief gereageerd op het Masterplan: volgens de commissie is het essentieel dat het bevorderen van een gezonde leefstijl een structurele aanpak vergt die een stevig fundament dient te verkrijgen in het

gemeentelijke gezondheidsbeleid. Het Masterplan is aan de 31 gemeenten toegezonden met het verzoek om de inhoud te integreren in de 2e nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

5. Informatie Kennispunt Gezondheid www.ikpgezondheid.nl

De GGD maakt de beschikbare kennis over de openbare gezondheid digitaal toegankelijk voor de Friese overheden en maatschappelijke organisaties. De kennis betreft de gezondheidssituatie in Fryslân, het beleid en de interventies en acties om dat beleid uit te voeren. De GGD Fryslân sluit aan bij het bestaande IKP Fryslân. Dit is een initiatief van de provincie waarin een aantal informatie- en kennispunten zijn ondergebracht op onder andere het gebied van jeugd, sport en vergrijzing.

6. Sociale agenda provincie Fryslân

De sociale agenda 2008-2011 van de provincie Fryslân is op 12 december 2007 vastgesteld. Provinciale Staten hebben daarmee het kader geschetst waarbinnen de provincie Fryslân haar middelen wil inzetten op het terrein van zorg en welzijn. Binnen het kader van de sociale agenda worden uitvoeringsprogramma's opgesteld: een concrete uitwerking van speerpunten, acties en maatregelen van de provincie op de thema's Jeugd en gezin, Maatschappelijke participatie, Vermaatschappelijking en Leefbaarheid en Zorg.

3. De gezondheid van de inwoners van Harlingen

Vooraf

In het hiernavolgende wordt in het kort de gezondheidssituatie van de verschillende leeftijdsgroepen beschreven en aangegeven waar de meeste gezondheidswinst te behalen is. Gebruikte bronnen zijn o.a. de onderzoeken van GGD Fryslân en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Specifieke aandacht is er nodig voor allochtonen en de mensen met een lage sociaaleconomische status(ses). De gemeente Harlingen heeft in verhouding tot de Friese bevolking iets minder laagopgeleide inwoners en veel niet-westerse allochtonen (5-7%). Deze groepen hebben over het algemeen een minder goede gezondheid, wonen relatief vaker in achterstandswijken, hebben ongezondere werkomstandigheden, ondervinden vaker problemen met de opvoeding van hun kinderen en vertonen vaker ongezond gedrag. Ze gaan eerder dood, leven langer in ongezonde levensjaren, ervaren hun gezondheid als minder goed, hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen. De leefgewoonten van deze groepen zijn ook slechter dan die van andere burgers: meer onverantwoord alcoholgebruik, meer roken, voldoen vaker niet aan de voedingsnorm en hebben meer overgewicht (zie bijlage 2).

I. De gezondheid van de jeugd

De gezondheidsproblematiek van jongeren in Nederland is relatief klein. Verreweg de meeste jongeren zijn gezond. Bij kinderen is het grootste deel van de ziektelast toe te schrijven aan defecten die zijn ontstaan voor of tijdens de geboorte, ongevallen en astma. Bij jongeren wordt de ziektelast vooral veroorzaakt door psychische problematiek en ongevalletsel. De meeste gezondheidswinst op deze leeftijd is dan ook te behalen door preventie van psychosociale problemen en (verkeers)ongevallen.

In de gemeente Harlingen signaleert de jeugdgezondheidszorg in 2007 (= september 2006 tot en met december 2007) bij 9% van de kinderen in groep 2 matig tot ernstige problemen van **psychosociale** aard al dan niet gecombineerd met matig tot sterk ongunstige problemen in de opgroeisituatie. In de provincie Friesland is dit 11%. In de onderbouw van het voortgezet onderwijs is het percentage jongeren met matig tot ernstige psychosociale problemen en/of een matig tot sterk ongunstige opgroeisituatie 10%. Provinciaal is dit voor deze groep 9%. De verschillen met het Fries gemiddelde zijn minimaal. In vergelijking met de voorgaande meting (2005-2006), liggen de percentages nu iets hoger. De verschillen zijn echter gering.

	Matig tot ernstige psychosociale problemen en/of problemen in de opgroeisituatie	
	Bao groep 2	Vo onderbouw
Friesland	11%	9%
Harlingen	9%	10%

Jongeren in klas 3 van het vmbo krijgen een vragenlijst voorgelegd om te kijken of er bij hen mogelijk sprake is van psychosociale problemen. Dat is bij bijna 13% van de jongeren het geval. Het wil niet zeggen dat zij daadwerkelijk een probleem hebben, maar op basis van de gegeven antwoorden op vragen die gaan over de psychosociale gezondheid en gedrag, hebben zij een grotere kans op problemen. Het Friese percentage is ook bijna 13%. In vergelijking met de voorgaande meting worden er nu veel minder jongeren aangemerkt als 'mogelijk psychosociale problemen'. Het is onduidelijk wat ten grondslag ligt aan dit verschil.

In 2004 is het rapport Kinderen in tel voor de eerste keer uitgebracht. Harlingen stond toen op de 2^{de} plaats van gemeenten in Nederland, waar de opgroeisituatie van kinderen

ongunstig zou zijn. Hoewel er kanttekeningen geplaatst zijn bij het rapport, zien we dat in de publicatie van 2007 Harlingen op de 32^{ste} plek staat. Of dit een verdienste is van Harlingen, of een verlies van andere gemeenten is niet duidelijk. Het geeft echter wel een positieve tendens aan.

In de jeugd wordt voor een groot deel de basis gelegd voor de gezondheid in de rest van het leven. In deze periode ontwikkelen **leefgewoonten** als voedings- en beweegpatronen zich. En hoewel deze later in het leven wel degelijk te veranderen zijn, blijkt toch vaak dat in de jeugd aangeleerde gewoontes moeilijk weer af te leren zijn. Een reden om bij het beleid aandacht te besteden aan de jeugd is dat de determinanten juist bij deze groep niet gunstig zijn en zich ook lang niet allemaal gunstig ontwikkelen. Zo blijkt bijvoorbeeld het percentage rokende jongeren lang zo sterk niet te dalen als bij de bevolking in het geheel. Het voedingsgedrag is niet zo best en de trend mbt het eten van groenten is ongunstig. Verder gaan Nederlandse jongeren qua alcoholgebruik aan top in Europa. Recent onderzoek van het Trimbosinstituut wijst uit dat het alcoholgebruik onder de 12-14-jarigen afneemt; daarentegen is dit gebruik bij jongeren vanaf 15 jaar nog onrustbarend hoog. Ongeveer 14% van de Nederlandse jongens en 17% van de meisjes van 4-15 jaar is te dik. Ongeveer 3% is zelfs veel te dik.

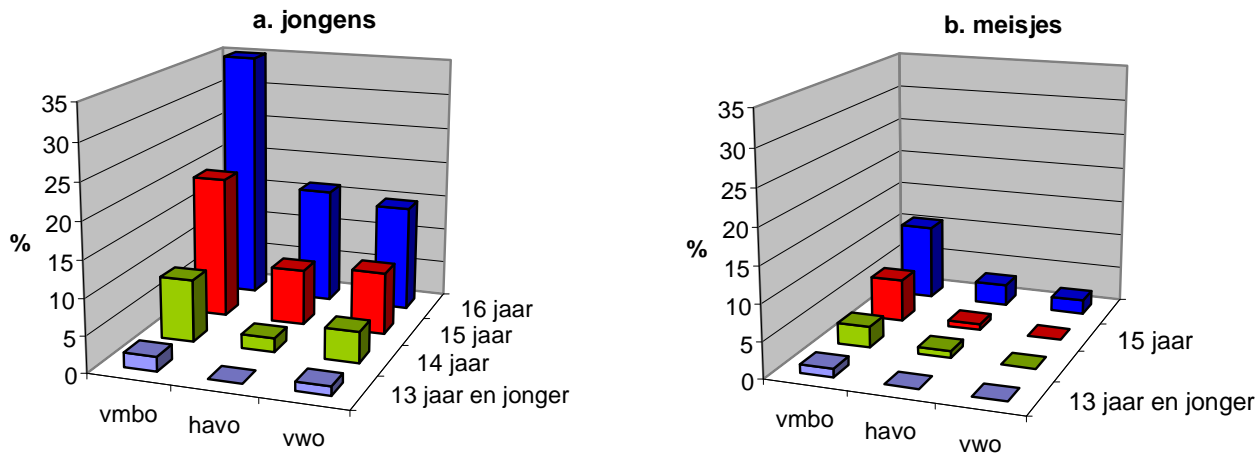
In de gemeente Harlingen ontbijten minder kinderen en eten ook minder kinderen voldoende fruit dan in de rest van Friesland. In Harlingen zijn ook minder jongeren lid van een sportvereniging. Meer jongeren hebben overgewicht dan in de rest van Friesland, zoals blijkt uit de hiernavolgende tabel.

	Overgewicht		
	Bao groep 2	Bao groep 7	Vo onderbouw
Friesland	10%	14%	13%
Harlingen	12%	21%	19%

In de gemeente Harlingen zeggen minder jongeren overmatig alcohol te drinken in vergelijking met de provincie; minder jongeren roken ook. Ongeveer evenveel jongeren gebruiken hasj of wiet.

	Drinkt wel eens meer dan 20 glazen alcohol per week	Gebruikt wel eens hasj/wiet	Rookt
	Vo onderbouw	Vo onderbouw	13-18 jaar
Friesland	14%	7%	22%
Harlingen	9%	8%	17%

Uit het onderzoek van GGD Fryslân, GO-jeugd, uit 2004 blijkt dat op het vmbo substantieel meer jongens van 16 jaar in de categorie 'zware drinker' vallen dan op de havo en vwo. Ongeveer 1 op de 3 zestienjarige jongens op het vmbo is een zogenaamde 'zware drinker'. Voor jongere jongens is dit verschil voor wat betreft onderwijsvorm minder groot tot nihil. Idem dito vallen meer meisjes van 15 en 16 jaar op het vmbo in de categorie 'zware drinker' dan meisjes van deze leeftijd op de havo en vwo (zie figuur 2a/b).



Figuur 2a/b. Percentage 'zware drinkers' voor jongens en meisjes, per onderwijsniveau en leeftijd. Iedere kolom in figuur 2a/b vertegenwoordigt een groep jongens (a) of meisjes (b) van een bepaalde leeftijd en onderwijsvorm.

Een **on gezond binnenklimaat** op scholen veroorzaakt slechtere prestaties van leerlingen en meer ziekteverzuim bij het onderwijzend personeel. Zo'n 80% van de scholen bevindt zich in de gevarenezone; 40% van de scholen boekt een aanzienlijke verbetering als het ventilatiegedrag wordt aangepast.

De **medewerkers jeugdgezondheidszorg** van GGD Fryslân signaleren in de gemeente Harlingen het volgende:

- Het overgewicht neemt fors toe. Dit geldt voor het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs. Op de Maritieme Academie Harlingen is opvallend veel overgewicht.
- Het is voor ouders niet altijd vanzelfsprekend dat hun kinderen aan een sport deelnemen en/of voldoende bewegen. Een smalle beurs is in een aantal gevallen de oorzaak.
- Gelet op de psychosociale gezondheid is versterken van de weerbaarheid bij een deel van de jeugdigen belangrijk.
- Een deel van de ouders uit wel serieuze zorgen over de opvoeding maar vraagt vaak geen ondersteuning.
- Het gebruik van alcohol en drugs door jongeren is een probleem in Harlingen. Het jongerenwerk onderkent dit probleem, scholen signaleren dit probleem in mindere mate.

II. De gezondheid van de volwassenen

De jongere volwassenen van **25-44** jaar in Nederland zijn over het algemeen gezond. **Ziekten** die het meeste last veroorzaken voor deze leeftijdsgroep zijn angststoornissen, depressie, alcoholafhankelijkheid, suicide en verkeersongevallen. Op deze leeftijd lijkt preventie van burn-outklachten en andere psychische stoornissen de meest aangewezen strategie om gezondheidsverlies te voorkomen. De arbeidssituatie is een belangrijke setting voor preventiebeleid. Dit vanwege de preventie van arbeidsgerelateerde gezondheidsproblemen maar ook bewegen en gezonder eten kunnen in deze setting worden aangepakt.

In de leeftijdsfase van **45-64** jaar zijn de psychische stoornissen (angststoornissen en depressie) nog steeds een grote bron van ziektelast. Daarnaast is in deze leeftijdsgroep de opkomst van kanker en hart- en vaatziekten te zien. De meeste mensen van middelbare leeftijd **overlijden** aan kanker en coronaire hartziekten.

Wat **leefstijfactoren** en overgewicht betreft doet de volwassen Nederlandse populatie het redelijk in Europa. Ondanks het ongunstige rookgedrag van vrouwen en het stijgend % Nederlanders met overgewicht.

Onder mensen van middelbare leeftijd is het percentage mensen dat te zwaar is het hoogst. Van alle mannen tussen de 55 en 65 jaar is bijna 70% te zwaar, van de vrouwen ruim de helft. Het hoogste % rokers is te vinden in de leeftijdsgroep van 25-54 jaar. Het aandeel rokers onder volwassenen is overigens afgenomen tot 28% in 2004. Ook de alcoholconsumptie van volwassenen is sinds 2001 licht gedaald. Overmatig alcoholgebruik komt nog veel voor bij mannen tussen de 50 en 60 en vrouwen tussen de 50 en 70.

Het onverantwoord alcoholgebruik van de volwassen inwoners van Harlingen is vergelijkbaar met de rest van Friesland. Ditzelfde geldt voor roken, overgewicht en het voldoen aan de beweegnorm.

	rookt	overgewicht	Voldoet aan beweegnorm
Friesland	32%	45%	63%
Harlingen	38%	45%	64%

Tabaksgebruik is in Nederland de belangrijkste oorzaak van ziekte en sterfte. Dertien procent van de totale ziektelast is direct herleidbaar tot tabaksgebruik, vooral door longkanker, COPD en coronaire hartziekten. Overmatig gebruik van alcohol veroorzaakt 4,5% van de ziektelast in Nederland, hoofdzakelijk in de vorm van alcoholafhankelijkheid. Opvallend is de grote bijdrage van overgewicht aan de ziektelast, bijna 10%. Overgewicht is een belangrijke risicofactor voor chronische ziekten zoals diabetes en hart- en vaatandoeningen. Met roken, overgewicht en verhoogde bloeddruk samenhangende aandoeningen veroorzaken ook een niet te verwaarlozen deel van de zorgkosten, achtereenvolgens 3,7%, 2,0% en 3,3%.

Preventie van hart- en vaatziekten en kanker begint al in de jeugd. Daarnaast zijn er voor volwassen vrouwen de screeningsprogramma's voor borstkanker en baarmoederhalskanker.

Een andere maat voor gezondheid is **kwaliteit** van leven. Inzicht hierin is van belang omdat sommige ziekten ernstige gevolgen hebben voor het functioneren en de kwaliteit van leven van mensen, terwijl de gevolgen van andere ziekten minder ernstig zijn. Landelijk gezien geven angststoornissen, coronaire hartziekten, depressies, alcoholafhankelijkheid, beroerte en artrose het hoogste verlies in kwaliteit van leven van volwassenen.

Het zijn vooral chronische aandoeningen die bijdragen aan de ongezonde levensjaren. Daarnaast nemen psychische aandoeningen een belangrijke plaats in: bij ongeveer 40% van de ongezonde levensjaren spelen psychische klachten een rol.

In Harlingen is 27% van de volwassenen ooit depressief geweest en voelt 44% zich eenzaam. Bijna twee op de vijf volwassen Friezen heeft een hoog risico op een angststoornis of depressie.

	Ooit depressief	Eenzaam
Friesland	29%	39%
Harlingen	27%	44%

Uit de gezondheidsenquête van GGD Fryslân blijkt dat 30% van de volwassen bevolking in Harlingen met één of meer langdurige aandoeningen te kampen heeft en 3% van de volwassenen een mobiliteitsbeperking kent.

	Chronische aandoening	Mobiliteitsbeperking
Friesland	32%	5%
Harlingen	30%	3%

In verhouding geven weinig volwassenen in Harlingen mantelzorg: 6% tegen 16% in Friesland. Ongevallen vormen een belangrijke oorzaak van overlijden, handicaps en beperkingen. Uit de Gezondheidsenquête van GGD Fryslân blijkt dat 8% van de volwassen bevolking in de drie maanden voorafgaand aan de enquête een ongeval heeft gehad. Arbeidsomstandigheden zijn hier mede debet aan. Mensen komen met gevaarlijke stoffen in aanraking en er doen zich vaker (grootschalige) calamiteiten voor. Ongeveer 2 tot 5% van de totale ziektelast in Nederland is toe te schrijven aan milieufactoren, die grotendeels vermijdbaar zijn. Hierbij valt te denken aan luchtverontreiniging, geluidsoverlast en een ongezond binnenmilieu. Volgens het RIVM kunnen ontwikkelingen op economisch en planologisch terrein belangrijke gevolgen hebben voor de volksgezondheid.

III. De gezondheid van de ouderen

De Nederlander leeft langer en ook langer in goede gezondheid. De levensverwachting van de Nederlander is in 2003 weer iets hoger dan in voorgaande jaren. Sinds 1950 is de levensverwachting voor mannen met 5,8 jaar gestegen tot 76,2 jaar en die van vrouwen met 8,3 jaar tot 80,9 jaar. De mannen komen langzaam terug van de in de jaren zestig en begin zeventig opgelopen achterstand ten opzichte van vrouwen. Er lijkt een eind gekomen aan de stagnatie in de groei van de levensverwachting bij vrouwen. Dat de levensverwachting bij geboorte de laatste decennia behoorlijk is gestegen betekent vooral dat er meer mensen oud worden en veel minder dat ouderen nog ouder worden.

De extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren. Vooral het aantal levensjaren zonder lichamelijke beperkingen heeft zich gunstig ontwikkeld. Daarvan zijn er sinds de jaren tachtig tussen de 6 en 7 jaar bijgekomen, vooral door een daling van beperkingen van het gehoor- en gezichtsvermogen en van mobiliteitsverlies. Ondanks dat het aantal chronisch ziekten toeneemt, daalt het aantal ouderen met beperkingen. Het invaliderende effect van ziekten neemt af door het gebruik van hulpmiddelen.

In Harlingen heeft 51% van de ouderen een chronische aandoening en 30% een mobiliteitsbeperking.

	Chronische aandoening	Mobiliteitsbeperking
Friesland	61%	29%
Harlingen	51%	30%

Net als voor sterfte geldt ook voor ziekte dat hoe ouder men is, hoe groter de kans. De totale ziektelast is onder 75-plussers bijna 20 keer zo hoog als onder kinderen. Meer ziektelast betekent dat er meer gebruik wordt gemaakt van de zorg. Ouderenzorg, zoals verpleging, verzorging en thuiszorg hebben na de ziekenhuizen het grootste aandeel in de zorguitgaven. De belangrijkste doodsoorzaken voor ouderen zijn kanker en coronaire hartziekten en COPD wordt belangrijker. Op zeer hoge leeftijd komen hier nog dementie en longontsteking als belangrijke doodsoorzaken bij.

De grootste gezondheidsproblemen in de leeftijdsgroep van 65-74 jaar zijn hartziekten, beroerte, COPD, longkanker en diabetes. Daarnaast zijn ook depressie en eenzaamheid als probleem aan te duiden. De op oudere leeftijd veel voorkomende psychische en psychosociale problemen worden vaak niet of veel te laat herkend. Vroegtijdige signalering van dit soort problemen is dan ook geboden.

In Harlingen is 20% van de ouderen ooit depressief geweest en voelt 42% zich eenzaam.

	Ooit depressief	Eenzaam
Friesland	26%	44%
Harlingen	20%	42%

Hoewel het grootste deel van de gezondheidswinst is te boeken op jongere leeftijd, is preventie op oudere leeftijd van belang. Zaken als stoppen met roken, meer gaan bewegen en gezonder gaan eten hebben nog steeds effect op het voorkómen/verbeteren van hart-en vaatziekten, diabetes en kanker, dus hebben ook effect op een langere gezonde levensverwachting. Bewegen is ook goed voor de fysieke conditie en heeft een gunstig effect op het cognitief functioneren van ouderen.

75% van de ouderen in Harlingen voldoet aan de beweegnorm. Maar 30% van de ouderen eet voldoende groente en 58% voldoende fruit.

	Voldoet aan beweegnorm	Voldoet aan groentenorm	Voldoet aan fruitnorm
Friesland	65%	32%	62%
Harlingen	75%	30%	58%

Preventie bij ouderen behoort volgens het RIVM niet alleen gericht te zijn op het voorkomen van ziekten of aandoeningen door gezondheidsbevordering of ziektepreventie, maar ook op het verbeteren van de zelfredzaamheid en het vermogen om deel te nemen aan de samenleving. Het gebruik van hulpmiddelen en medische technologieën biedt mensen met een chronische aandoening steeds meer mogelijkheden om zelfstandig te kunnen blijven functioneren.

Echter niet alleen door preventie en behandeling kunnen gevolgen van ziekte beperkt blijven. Er zijn ook andere mogelijkheden om de zelfredzaamheid te verhogen. Zo kunnen aanpassingen in de omgeving (bijvoorbeeld woningaanpassingen, toegankelijk openbaar vervoer en veiligheid) en aanpassingen aan de eigen leefstijl de zelfredzaamheid verbeteren. In de laatste levensfase (die vaak wordt gekenmerkt door functieverlies en meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd) tot slot behoort het preventiebeleid vooral te zijn gericht op de verlichting van klachten en het zoveel mogelijk bevorderen van het welzijn.

Bronnen:

- Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006 van het Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Gezondheidsenquête GGD Fryslân 2005/2006
- Cijfers gezondheidssituatie t.b.v. het gemeentelijk gezondheidsbeleid (GGB) en WMO-beleid in de gemeente Harlingen (2007) (bijlage 1)
- Gemeente Harlingen, Zorg voor Jeugd 2007, Jaarrapportage GGD Fryslân (bijlage 4)

4. Wat te doen in de gemeente Harlingen in de periode 2008-2012

I Inleiding

In het voorgaande zijn de hoofddoelstellingen van het gezondheidsbeleid geschetst, de actuele ontwikkelingen die van invloed zijn op het gezondheidsbeleid beschreven en is de gezondheid van de inwoners van de gemeente Harlingen uit de doeken gedaan. Allemaal ingrediënten die bepalen wat in Harlingen op het gebied van het gezondheidsbeleid is aan te pakken. Daarnaast zijn er in de eerste nota gemeentelijk gezondheidsbeleid van de gemeente Harlingen werkdoelen geformuleerd waar op kan worden voortgeborduurd. Hierbij is te denken aan het stimuleren van een gezonde leefstijl, zoals het uitvoeren van het BOS-project. Ook wordt een aantal van deze werkdoelen via het Wmo-beleid opgepakt (OGGZ, chronisch zieken in relatie tot maatschappelijke participatie). Andere doelen worden in 2008 gerealiseerd via Jong in Harlingen waardoor het gemeentelijk jeugdbeleid in onderlinge afstemming en samenhang wordt neergezet.

Als **hoofddoelstellingen** van het gemeentelijk gezondheidsbeleid zijn geformuleerd:

1. Het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen de inwoners
2. Het bijdragen aan de verlenging van de gezonde levensverwachting waarin de kwaliteit van leven goed is en de ervaren gezondheid positief.

Belangrijke **problemen** die uit de gezondheidsschets naar voren komen:

Voor jeugd: overgewicht (bewegen en voeding), weerbaarheid, opvoedingsondersteuning, alcohol, binnenklimaat op scholen

Voor volwassenen: onverantwoord alcoholgebruik, roken, overgewicht (beweging en voeding) en eenzaamheid.

Voor ouderen: chronische aandoeningen, eenzaamheid

Voor de leefgewoonten van mensen met een lage ses en allochtonen zijn slechter dan die van andere burgers.

II Aanpak gezondheidsbevordering

De Wcpv onderscheidt drie deelterreinen: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Tevens geeft deze wet gemeenten de plicht een GGD in stand te houden voor de uitvoering van het merendeel van de in de wet genoemde taken (zie hoofdstuk 2).

Naast het inzetten van GGD Fryslân is het van belang extra aandacht te geven aan bepaalde onderdelen van de collectie preventie:

- *Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen.* Dit kan door alle gemeentelijk beleid te toetsen op de relevantie ervan voor de volksgezondheid. Een toetsingskader dient hiervoor ontwikkeld te worden.
- *Afstemmen tussen collectieve preventie en curatieve zorg.* Hierbij is preventie in de zorg breder dan het behandelen van ziekten om erger te voorkomen. Het gaat hierbij ook om het signaleren en aanpakken van risico's op ziekten (bijvoorbeeld bewegingsarmoede of roken). De gemeente dient in dit kader overleg aan te gaan met de eerste lijn.

De landelijke evaluatie van de eerste ronde lokaal gezondheidsbeleid heeft opgeleverd dat een keuze voor een groot aantal thema's niet effectief blijkt. Een (te) hoog ambitieniveau kan ertoe leiden dat er weinig resultaten worden geboekt. Het lijkt erop dat een keuze voor een beperkt aantal thema's meer resultaten sorteert. Dit is ook reden waarom GGD Fryslân in het meerjarenbeleidsplan HVD 2009-2012 een aantal prioriteiten heeft gesteld ten aanzien van de bevordering van de gezonde leefstijl: Prioriteit is gelegd bij de thema's opvoedingsondersteuning, weerbaarheid en genotmiddelen.

Behalve het beperken van het aantal thema's is ook een effectieve aanpak van gezondheidsbevordering van belang. Volgens het Masterplan Gezond leven (bijlage 3) bestaat een effectieve aanpak uit een combinatie van:

- sturen waar dit kan, bijvoorbeeld op het gebied van regelgeving, vergunningen, handhaving;
- benutten van structurele instrumenten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- voortdurend streven naar commitment bij professionals, maatschappelijk middenveld en burgers voor het werken aan een gezonde leefstijl; hierbij is het inzetten van 'evidence based' interventies gewenst, maar dit heeft alleen kans van slagen als uitvoerders en doelgroep zich committeren aan de aanpak; dit vraagt een voortdurende alertheid van de gemeenten;
- actieve regie van de gemeente op de speerpunten.

Duidelijk is in ieder geval dat voorlichting alleen niet genoeg is, maar dat ook de regelgeving en leefomgeving moeten uitnodigen tot gezond leven, of de ongezonde keuzes moeten ontmoedigen.

Voor het daadwerkelijk kunnen uitvoeren van gemeentelijk gezondheidsbeleid adviseren wij om samen met de voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid in Harlingen relevante partijen de thema's/actiepunten vast te stellen en verder uit te werken. Als samen met deze partijen op een participatieve (interactieve) wijze het gewenste beleid concreet wordt voorbereid en uitgewerkt, ontstaat er een betere voedingsbodem voor het uitvoeren van dat beleid.

Relevante partijen zijn o.a. het onderwijs, de thuiszorg, het welzijnswerk, de jeugdzorg, GGZ, Verslavingszorg Noord Nederland, huisartsen, politie, Anbo, woningcorporatie(s) en GGD Fryslân.

Tenslotte is het van belang dat de gekozen actiepunten voldoende **smart** (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) in de nota zijn geformuleerd zodat evaluatie van beleid mogelijk wordt. Als de actiepunten zijn vastgesteld door de gemeenteraad, kunnen uitvoeringsplannen worden opgesteld waarin een tijdpad en bijbehorende financiën zijn opgenomen. Raadzaam is over deze uitvoeringsplannen jaarlijks aan de raad te rapporteren.

Bijlage 1: Cijfers gezondheidssituatie t.b.v. het gemeentelijk gezondheidsbeleid (GGB) en WMO-beleid in de gemeente Harlingen

In deze bouwsteen zijn cijfers weergegeven m.b.t. de gezondheid van Friezen in respectievelijk uw gemeente, Friesland en - indien beschikbaar - Nederland. De eerste tabel heeft betrekking op de Friese jeugd. De percentages zijn gebaseerd op gegevens van de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar over de jaren 2005/2006. De gegevens in de kolom 'Vo 13-18 jaar' zijn daarnaast deels gebaseerd op de enquête GO Jeugd 2004. De Friese cijfers voor volwassenen en ouderen zijn gebaseerd op de gezondheidsenquête die GGD Fryslân heeft afgenomen eind 2005/begin 2006. Als geen cijfer is vermeld, is in de enquête of registratie niet naar dit onderwerp gevraagd óf is landelijk een andere definitie gehanteerd. De resultaten per gemeente uit enquêtes zijn statistisch vergeleken met de provinciale resultaten. Cijfers in rood aangegeven wijken in negatieve zin significant af van het Friese gemiddelde. Cijfers in groen aangegeven wijken in positieve zin significant af van het Friese gemiddelde. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de bevolking van Friesland zijn de gegevens uit enquêtes gewogen¹. Hoewel er vanzelfsprekend raakvlakken zijn tussen het gemeentelijk gezondheidsbeleid enerzijds en het lokale WMO-beleid anderzijds, wordt in de laatste kolom weergegeven waarvoor de betreffende cijfers met name goed bruikbaar zijn.

	Harlingen (%)			Friesland (%)			GGB/ WMO
	<i>Bao gr. 2 5-6 jaar</i>	<i>Bao gr. 7 10-11 jaar</i>	<i>Vo 13-18 jaar</i>	<i>5-6 jaar</i>	<i>10-11 jaar</i>	<i>13-18 jaar</i>	
Algemene gezondheid							
(Zeer) goed ervaren gezondheid	98	96	89	93	95	88 ²	GGB
Lichamelijke gezondheid							
Astma	5	-	-	5	-	-	GGB
Overgewicht	9	12	12	10	14	14 ²	GGB
Leefstijl							
Weinig tot niet lichamelijk actief	-	-	64	-	-	52	GGB
Lid van sportvereniging	-	68	56	-	77	64 ²	GGB
Ontbijt minder dan 5 dagen per week	3	6	13	3	3	8 ²	GGB
Fruitconsumptie minder dan 5 dagen per week	13	38	48	14	29	46 ²	GGB
Roken	-	-	17	-	-	22	GGB
Alcoholgebruik: > 20 glazen per week (alleen vmbo klas 3)	-	-	33	-	-	25 ²	GGB
Alcoholgebruik (drinkt wel eens)	-	-	73	-	-	78	GGB
Afgelopen jaar één vorm van (kleine) criminaliteit	-	-	34	-	-	35	GGB
Rapportcijfer veiligheid huis/woonomgeving	-	-	8,7	-	-	8,7	GGB
Zorg							
Onder controle/behandeling bij huisarts/specialist	15	15	14	16	15	13 ²	GGB/ WMO
Medicijngebruik	9	9	13	9	11	12 ²	GGB
Geestelijke gezondheid							
Matig/ernstig psychosociaal probleem (jgz)	7	-	8	9	-	9 ²	GGB/ WMO
Onder controle/behandeling voor gedrag	1	1	4	3	4	3 ²	WMO
Algemene ontwikkelingsachterstand	10	-	-	6	-	-	GGB
	Harlingen (%)			Friesland (%)			
Risico	<i>0-4 jaar</i>	<i>Bao 4-12</i>	<i>Vo 13-14 jaar</i>	<i>0-4 jaar</i>	<i>Bao 4-12</i>	<i>Vo13-14 jaar</i>	
Laag opgeleide moeder	16	32	-	16	25	-	GGB
Eenoudergezin	4	7	16	4	8	10	GGB/ WMO
Risicokinderen	3	-	-	9	-	-	GGB

¹ Er is gewogen naar geslacht, leeftijd, respons en omvang van de steekproef per gemeente. Wegen betekent het toekennen van een vermenigvuldigingsfactor aan alle afzonderlijke respondenten op basis van de daadwerkelijke leeftijdsverdelingen en geslachtsverdeling in de gemeente. Dit omdat mannen en vrouwen en verschillende leeftijdsgroepen verschillend kunnen responderen. In de enquête GO Jeugd is eveneens gewerkt met een correctie voor achtergrondkenmerken.

² Cijfer is gebaseerd op de leeftijdscategorie 13-14 jaar (Vo).

	Harlingen (%)		Friesland (%)		NL (%)	GGB/ WMO
	19-64 jaar	65+ ³	19-64 jaar	65+		
Algemene gezondheid						
Matig of slecht ervaren gezondheid	10	27	10	27	19 ⁴	GGB
Lichamelijke gezondheid						
Chronische aandoening	30	51	32	61	-	WMO
Mobiliteitsbeperking	3	30	5	29	8 ⁴	WMO
ADL-beperking	-	19	-	15	21	WMO
Overgewicht	45	57	45	57	45 ⁴	GGB
Diabetes ⁵	-	11	3	13	13 ⁶	GGB
Leefstijl						
Voldoet aan Nederlandse Norm Gezond Bewegen	64	75*	63	65	51 ⁷	GGB
Sport meer dan 12 keer per jaar ⁸	62	-	60	-	62 ⁹	GGB
Roken	38	15	32	12	27 ⁴	GGB
Onverantwoord alcoholgebruik ¹⁰	43	30	38	29	-	GGB
Zware drinkers ¹¹	18	2	23 ¹²	3	-	GGB
Voldoet aan voedingsnorm groente	24	30	22	32	-	GGB
Voldoet aan voedingsnorm fruit/sap	38	58	34	62	-	GGB
Voldoet aan voedingsnorm ontbijt	85	91	78	91	-	GGB
Vrijt onveilig; aantal positieve soa-testen, 15 jaar en ouder (2005)	14 ¹³		+/-900		+/-7500	GGB
Huiselijk geweld						
Ooit slachtoffer	12	-	9	2	-	WMO
Zorg						
Geeft mantelzorg	6*	11	16	12	12 ⁶	WMO
Ontvangt mantelzorg	-	16	-	15	-	WMO
Geestelijke gezondheid						
Ooit depressief	27	20	29	26	25 ⁴	GGB
Eenzaam	44	42	39	44	-	WMO
Opvoeding						
Opvoedingsproblemen	40	-	36	-	-	WMO
Laag opgeleiden¹⁴						
	35	74	39	74	34 ⁴	GGB

³ Vanwege een laag aantal 65+ ers zijn de volgende gemeenten samengevoegd: Franekeradeel/Harlingen

⁴ Andere leeftijdscategorie, CBS.

⁵ Gezien de kleine aantallen moeten de bijbehorende percentages voorzichtig geïnterpreteerd worden.

⁶ Iets andere definitie, redelijk vergelijkbaar, (SCP, 2005 en/of CBS,2006).

⁷ Andere leeftijdscategorie, TNO 2005.

⁸ Alleen bij 19-64 jarigen.

⁹ Andere leeftijdscategorie, WJH Mulier Instituut.

¹⁰ Onverantwoord alcoholgebruik is voor mannen meer dan 21 glazen per week en/of meer dan 5 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week en voor vrouwen meer dan 14 glazen per week en/of meer dan 3 glazen per drinkdag en/of meer dan 5 drinkdagen per week.

¹¹ Zware drinkers drinken minimaal één keer per week tenminste vier glazen (vrouwen) of tenminste zes glazen (mannen).

¹² NB: onder 19-24 jarigen (jong volwassenen) is dit percentage 65%.

¹³ De aantallen zijn op één jaar gebaseerd en aan toevalsschommelingen onderhevig.

¹⁴ Betreft hier de hoogst voltooide opleiding, maximaal middelbaar algemeen voortgezet onderwijs.

Bijlage 2

Overzicht Leefstijl naar SES

	Laag opgeleid	Hoog opgeleid
19 jaar en ouder Friesland N=+/-6300		
Voldoet aan Nederlandse norm gezond bewegen	65%	58%*
Voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik ¹	38%*	55%*
Roken	30%*	20%*
Voeding (voldoet aan alle voedingsnormen) ²	10%	15%*
Overgewicht ³	55%*	37%*
Volwassenen N=+/-4000		
Voldoet aan Nederlandse norm gezond bewegen	67%*	55%*
Voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik	41%*	57%*
Roken	38%*	21%*
Voeding (voldoet aan alle voedingsnormen)	8%	13%*
Overgewicht	54%*	36%*
Ouderen N=+/-2200		
Voldoet aan Nederlandse norm gezond bewegen	61%*	83%*
Voldoet aan de norm verantwoord alcoholgebruik	30%*	41%*
Roken	13%*	8%*
Voeding (voldoet aan alle voedingsnormen)	16%*	33%*
Overgewicht	59%*	48%*

Cijfers in groen aangegeven wijken in positieve zin significant af van de overige opleidingscategorieën
Cijfers in rood aangegeven wijken in negatieve zin significant af van de overige opleidingscategorieën

achtergrondvariabele	Categorie	Definitie
Opleidingsniveau	Laag	Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt) Lager onderwijs (basisschool, speciaal onderwijs) Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (lts, leao, lhno, vmbo) Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (mavo, mulo, mbo-kort, vmbo-t)
	Midden	Middelbaar beroeps en beroepsbegeleidend onderwijs (mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, inas) Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (havo, vwo, atheneum, gymnasium, hbs, mms)
	Hoog	Hoger beroepsonderwijs (hbo, hts, heao, hbo-v, kandidaats wetenschappelijk onderwijs), wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

¹ Norm verantwoord alcoholgebruik is: voor mannen maximaal 21 glazen per week en/of maximaal 5 glazen per drinkdag en/of maximaal 5 drinkdagen per week en voor vrouwen maximaal 14 glazen per week en/of maximaal 3 glazen per drinkdag en/of maximaal 5 drinkdagen per week.

² Voldoet aan alle voedingsnormen (groente/rauwkost, fruit/sap, ontbijten):
Groentenorm: 150-20 gram groente/rauwkost per dag, Fruitnorm: 2 stuks fruit of 2 glazen vruchtensap per dag, niet meer dan 1 stuks fruit mag vervangen worden door vruchtensap
Ontbijtnorm : minimaal 5 dagen per week ontbijten

³ Overgewicht: BMI van 25 en hoger

Korte samenvatting Masterplan Gezond Leven Fryslân



Colofon

Samenvatting Voorstel Masterplan Gezond Leven Fryslân

Leeuwarden, 9 juli 2007

Voor info: k.deruijsscher@ggdfryslan.nl

Het complete rapport Masterplan Gezond Leven Fryslân is te vinden op www.ggdfryslan.nl.

Waarom een Masterplan Gezond Leven Fryslân?

Het Masterplan Gezond Leven is ontwikkeld omdat gemeenten structureel werk willen maken van het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de Friese bevolking. Het idee voor een masterplan vloeide voort uit de eerste nota's gezondheidsbeleid van de gemeenten, waarin bevorderen van een gezonde leefstijl een speerpunt is. Een constatering van gemeenten was dat zij geen consistent beleid voerden op het terrein van een gezonde leefstijl en dat in de uitvoering sprake was van een 'projectencarrousel'. Er was behoefte aan een duidelijke visie (o.a. over belangrijkste thema's en doelgroepen) en een plan van aanpak voor een meer structurele en effectieve aanpak van gezond leven in Fryslân.

Dit plan is voorbereid door een ambtelijke projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van gemeenten, GGD Fryslân en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. De Commissie Openbare Gezondheidszorg van de Hulpverleningsdienst Fryslân heeft het voorstel in haar vergadering van 26 april 2007 aangenomen en heeft opdracht gegeven, het als advies aan te bieden aan de Friese gemeenten. Gemeenten kunnen het Masterplan gebruiken bij de invulling van het onderdeel 'leefstijl' van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De projectgroep werkt door aan de uitwerking van een aantal onderdelen van het Masterplan Gezond Leven.

In de concrete uitwerking per leefstijlthema is het advies nog niet compleet. Zeer recent zijn voor de speerpunten uit de preventienota van VWS zogenaamde 'leeflijnen' uitgebracht, als onderdeel van de richtlijnen voor lokaal gezondheidsbeleid. De projectgroep heeft deze leeflijnen voor een groot deel uitgewerkt voor toepassing in Friesland in het kader van het Masterplan.

Visie op bevorderen van gezonde leefstijl

Gemeenten willen een gezonde leefstijl bij de bevolking stimuleren omdat leefstijl in belangrijke mate bijdraagt aan de (on)gezondheid van de bevolking. En gezondheid van de burgers is van groot belang voor een vitale gemeente. Gezondheid draagt immers bij aan productie, participatie, minder schooluitval en welvaart; ook doen gezonde burgers minder beroep op de gezondheidszorg en op de zorg in het kader van de Wmo.

Het bevorderen van gezondheid en het maken van beleid op dat terrein is bovendien een taak van gemeenten op basis van de Grondwet en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

Een effectieve aanpak van gezondheidsbevordering door gemeenten bestaat uit een combinatie van:

- sturen waar dit kan, bijvoorbeeld op het gebied van regelgeving, vergunningen, handhaving;
- benutten van structurele instrumenten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl;
- voortdurend streven naar commitment bij professionals, maatschappelijk middenveld en burgers voor het werken aan een gezonde leefstijl; hierbij is het inzetten van 'evidence based' interventies gewenst, maar dit heeft alleen kans van slagen als uitvoerders en doelgroep zich committeren aan de aanpak; dit vraagt een voortdurende alertheid van de gemeenten;
- actieve regie van de gemeente op de speerpunten.

Duidelijk is in ieder geval dat voorlichting alleen niet genoeg is, maar dat ook de regelgeving en leefomgeving moet uitnodigen tot gezond leven, of de ongezonde keuzes moet ontmoedigen.

Speerpunten bij de gemeentelijke aanpak

Thema's

Opvoeding

De projectgroep pleit voor een samenhangende aanpak van opvoedingsmethode in Fryslân volgens de methodiek 'Triple P' en stelt voor dat de Friese gemeenten met de provincie Friesland en de uitvoeringsorganisaties afspraken maken over rollen, verantwoordelijkheden, financiering en timing. Volgens de projectgroep is het verstandig, de afspraken vast te leggen in een convenant.

Weerbaarheid jeugd

De projectgroep adviseert met name in te zetten op het vergroten van de weerbaarheid van de jeugd omdat hiervoor effectieve methodes beschikbaar zijn die in Friesland nog onvoldoende worden uitgevoerd. Dit betreft o.a. invoering van de lesmethode 'Leefstijl'.

Roken

Rookpreventie vraagt volgens de projectgroep niet om een zware gemeentelijke regie of convenant, maar om voortzetting van de huidige aanpak met daarbij meer bemoeienis van gemeenten via participatie in het Platform Rookpreventie of in ieder geval periodiek contact daarmee.

Schadelijk alcoholgebruik

In het kader van het Masterplan Gezond Leven pleit de projectgroep voor enerzijds voortzetten van preventieactiviteiten als publiekscampagnes (agendasetting) en structurele aandacht op scholen. Maar anderzijds moet op het gemeentelijke en vaak bovenlokale niveau integraal beleid gevoerd worden door de gemeenten. Signalering, regelgeving en handhaving zijn daarbij essentieel.

Beweging, voeding (overgewicht)

De gemeente kan bij de aanpak dus enerzijds sturen op voorlichting door de geëigende preventieorganisaties (in dit geval met name Jeugdgezondheidszorg, GGD en SPORT Fryslân).

Daarnaast is een gemeentelijk integraal beleid en regie naar externe partijen gewenst om breed draagvlak bij alle partijen te genereren voor het stimuleren van lichaamsbeweging en het bevorderen van een gezond voedingspatroon.

Veilig vrijen (seksuele gezondheid)

In het kader van het Masterplan Gezond leven is het voorstel, het actieplan van het Platform Jongeren en Seksualiteit Friesland uit te voeren in heel Friesland. De projectgroep beveelt het actieplan aan voor alle gemeenten. Belangrijkste uitvoerders zijn GGD Fryslân en MEE Friesland.

De projectgroep heeft de concrete uitwerking van de speerpunten vormgegeven volgens het format 'leeflijn'. Landelijke leeflijnen zijn en worden ontwikkeld door landelijke organisaties, in opdracht van VWS. De projectgroep heeft deze leeflijnen aangepast voor gebruik in Friesland en heeft een aantal leeflijnen zelf ontwikkeld.

Doelgroepen

Een belangrijke doelgroep bij preventie is de jeugd. Enerzijds omdat er nog minder vastgeroeste gewoonten zijn, waardoor je het gezonde gedrag nog kunt bevorderen (jong geleerd oud gedaan).

Anderzijds speelt momenteel mee dat de trends op sommige leefstijlfactoren bij de jeugd ronduit ongunstig zijn en dat alle gezondheidsautoriteiten (o.a. Inspectie Gezondheidszorg) een daadkrachtige inzet vragen van gemeenten en organisaties ten behoeve van de jeugd.

Voor volwassenen en ouderen stelt de projectgroep voor, de inzet te richten op risicogroepen. Het gaat dan voor de gemeenten met name om lagere sociaaleconomische groepen. Gemeenten hebben het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen tot speerpunt gemaakt in de eerste nota's gezondheidsbeleid. Gezondheidsbevordering is nu echter nog te veel gericht op 'iedereen' en de ervaring leert dat hogere sociaaleconomische groepen in het algemeen eerder en beter gebruik maken van informatie en maatregelen dan lagere. Bij ongewijzigd beleid zullen de verschillen dus eerder groter worden dan kleiner.

Jeugd

De projectgroep stelt voor, het top-down implementeren van programma's en thema's geleidelijk te vervangen door een meer vraaggericht aanpak door middel van het gezonde-school-model.

Verder stelt de projectgroep voor, de opvoedingsondersteuning en training van weerbaarheid te richten op *alle* kinderen (met zonodig iets extra's voor ouders of kinderen die meer nodig hebben), maar de ondersteuning van scholen vooral te richten op '*aandachtsscholen*' (voormalig onderwijsachterstandsbeleid).

Volwassenen en ouderen

'Gezonde' volwassenen en ouderen profiteren vooral van het Masterplan Gezond Leven via het gemeentelijke beleid op de speerpunten en de uitvoering door de professionele organisaties (bijvoorbeeld cursus stoppen met roken). Daarnaast zijn voor ouders de activiteiten n.a.v. 'Triple P' ook voor henzelf relevant.

Voor het bestrijden van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is het belangrijk dat de gemeente een integraal beleid voert, gericht op het bestrijden van achterstanden. Dit betekent dat de gemeentelijke regie met name gericht moet zijn op lagere sociaaleconomische groepen.

Uit (inter)nationaal onderzoek blijkt dat voor lagere sociaaleconomische groepen een community-aanpak (op wijk- of dorpsniveau) het meest kansrijk is. Omdat met deze werkwijze in Fryslân nog weinig ervaring is opgedaan, adviseert de projectgroep deze methode te toetsen via pilots.

Settings

Settings zijn vindplekken voor een specifieke doelgroep. Gangbare settings voor gezondheidsbevordering zijn de gezondheidszorg, de wijk, de school en het werk. Gemeenten hebben vooral invloed op de wijk, de school (min of meer), de preventieve gezondheidszorg voor de jeugd en de werkomgeving op het eigen gemeentehuis.

Consequenties voor beleid, organisatie en uitvoering

Implementatie van het voorstel Masterplan Gezond Leven impliceert:

- dat individuele gemeenten de speerpunten van dit Masterplan centraal stellen in hun gezondheidsbeleid en de regie daadkrachtig oppakken; dit vraagt om steun van het gemeentelijk bestuur en de hele gemeentelijk organisatie.
- dat gemeenten en organisaties samen kiezen voor een effectieve uitvoering van de speerpunten; dit betekent enerzijds inzet van effectieve interventies, maar ook langdurige inzet en voldoende 'volume' in de uitvoering.
- dat er een (bovengemeentelijke) infrastructuur is voor het bevorderen van gezonde leefstijl en dat het Masterplan wordt onderhouden.
- dat de kennis over leefstijl voor gemeenten en organisaties goed toegankelijk is en ontsloten wordt; het voorstel is, een IKP Gezondheid in te richten.
- dat de invoering en resultaten van het Masterplan gemonitord en geëvalueerd worden.
- dat alle partijen hun deskundigheid ontwikkelen. De projectgroep is van mening dat gemeentelijke regie op het gemeentelijk gezondheidsbeleid minimaal 0,5 tot 1fte beleidsmedewerker vraagt (exclusief Wmo en andere zorgtaken) en dat uitbreiding van het uitvoeringsbudget in alle gemeenten noodzakelijk is.

